UNIVERSITÉ PAUL-SABATIER - TOULOUSE - III

UNITÉS MÉDICALES

ANNÉE 1970 N° 169

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SYNDROMES DYSPNÉIQUES PSEUDO-ASTHMATIQUES RÉVÉLATEURS DES TUMEURS PRIMITIVES TRACHÉO-BRONCHIQUES

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

par

Bernard LAGREZE
Lauréat de la Faculté
Ancien Externe des Hôpitaux

Membres du Jury

MM.	J. GADRAT	Président
	Y. LE TALLEC	Assesseurs
	P. BESSOU	
	J. L. ALBAREDE	
	R. FEDOU	Suppléant

CENTRE D'ÉDITION DE LA FÉDÉRATION DES ÉTUDIANTS DU CORPS DE SANTÉ
Chirurgie Dentaire (A. C. E. C. D. T.) — Médecine (A. C. E. M. T.) — Pharmacie (A. E. P. T.)
22, rue Croix-Baragnon - TOULOUSE - Siège Social : 20, rue Ozenne - Tél. 52.79.98 - C. C. P. Toulouse 956.31

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543906_0013

UNIVERSITÉ PAUL-SABATIER - TOULOUSE - III

UNITÉS MÉDICALES

ANNÉE 1970 N° 169

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SYNDROMES DYSPNÉIQUES PSEUDO-ASTHMATIQUES RÉVÉLATEURS DES TUMEURS PRIMITIVES TRACHÉO-BRONCHIQUES

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

par

Bernard LAGREZE
Lauréat de la Faculté
Ancien Externe des Hôpitaux

Membres du Jury :
- MM. J. GADRAT — Président
- Y. LE TALLEC, P. BESSOU, J. L. ALBAREDE — Assesseurs
- R. FEDOU — Suppléant

CENTRE D'ÉDITION DE LA FÉDÉRATION DES ÉTUDIANTS DU CORPS DE SANTÉ
Chirurgie Dentaire (A. C. E. C. D. T.) — Médecine (A. C. E. M. T.) — Pharmacie (A. E. P. T.)
22, rue Croix-Baragnon - TOULOUSE - Siège Social : 20, rue Ozenne - Tél. 52.79.98 - C. C. P. Toulouse 956.31

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE PAUL SABATIER
118, Route de Narbonne
31 - TOULOUSE

-:-:-:-

T A B L E A U D U P E R S O N N E L

UNITES MEDICALES

Président de l'Université : Monsieur LARENG

Ier Vice-Président : Monsieur MATHIS

Directeur de l'Unité de Sciences Médicales : Monsieur MONNIER
TOULOUSE-PURPAN

Directeur de l'Unité de Sciences Médicales : Monsieur ENJALBERT
TOULOUSE-RANGUEIL

Doyens honoraires : MM. LAZORTHES, GORSE, CALVET, BRUSTIER

Professeurs honoraires : MM. VALLOIS, TAPIE, DELAS, RISER, BUGNARD
VINCENT, MOREL, BOUISSET, CALMETTES.
THOMAS, LAGROT, DULUCQ

-:-:-:-

- Clinique Médicale et Cardiologique	MM. DARDENNE
- Clinique Médicale Sud	GADRAT
- Clinique Chirurgicale	FICAT
- Clinique Chirurgicale A et Gynécologie	POULHES
- Clinique Chirurgicale B et du Cancer	GRIMOUD
- Clinique Chirurgicale infantile et orthopédie	PASQUIE
- Clinique Chirurgicale orthopédique et traumatologique	RIEUNAU
- Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire	ENJALBERT
- Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BAZEX
- Clinique des maladies des voies urinaires	LHEZ
- Clinique des maladies infectieuses	ARMENGAUD Max.
- Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL
- Clinique médicale de la première enfance	BARDIER
- Clinique de neuro-chirurgie	LAZORTHES G.
- Clinique neurologique et psychiatrique	GERAUD
- Clinique obstétricale	PONTONNIER
- Clinique odonto-stomatologique	CADENAT

- Clinique ophtalmologique	MM.	N.....
- Clinique O.R.L. et Chirurgie maxillo-faciale		CALVET
- Clinique de pneumo-phtisiologie		DELAUDE
- Clinique rhumatologique		RUFFIE René
- Accouchement et obstétricie sociale		MONROZIES
- Anatomie		BASTIDE
- Anatomie pathologique		FABRE Jacques
- Anesthésie et Réanimation		LARENG Louis
- Bactériologie et Virologie	Mme	ENJALBERT
- Biophysique médicale A		AUVERGNAT
- Biophysique médicale B		BRU
- Chimie biologique		VALDIGUIE Paul
- Electro-Radiologie		MARQUES
- Embryologie générale		BROUSSY Jean
- Hématologie		RUFFIE Jacques
- Histologie		BIMES
- Hydrologie, Thérapeutique et Climatologie		N.....
- Cardiologie clinique et expérimentale		N.....
- Hygiène et médecine sociale		MONNIER
- Immunologie		DUCOS
- Médecine légale et médecine du travail		PLANQUES
- Pathologie chirurgicale		DAMBRIN
- Pathologie générale et médecine expérimentale		SENDRAIL
- Pathologie médicale		RIBAUT
- Physiologie		LAPORTE Yves
- Physiologie appliquée et pharmacologie		BAISSET
- Sémiologie et clinique médicale		LAPORTE Jacques
- Thérapeutique		DARNAUD

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

- Histologie et Embryologie	MM.	GUILHEM
- Anatomie pathologique		BOUISSOU
- Biochimie médicale		DOUSTE-BLAZY
- Histologie et Embryologie		PLANEL
- Oto-Rhino-Laryngologie		CLAUX
- Pathologie Médicale		BOULARD
- Physiologie		MONTASTRUC
- Physiologie		BESSOU
- Physique médicale		COMMANAY
- Pneumo-Phtisiologie		MIGUERES

PROFESSEURS SANS CHAIRE

- Anatomie pathologique	MM.	FABRE Jean
- Bactériologie, parasitologie, virologie	Mme	LARENG M.B.
- Biochimie médicale		VALDIGUIE Pierre
- Chirurgie générale		GEDEON
- Chirurgie générale		SARRAZIN
- Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire		ESCHAPASSE
- Electro-radiologie		PONS
- Electro-radiologie		ROULLEAU
- Médecine générale et thérapeutique		BOLLINELLI
- Ophtalmologie		DEODATI
- Pédiatrie		DALOUS
- Neuro-chirurgie		ESPAGNO Jacques
- Médecine générale et thérapeutique		SUC
- Pédiatrie		REGNIER
- Médecine générale		RIBET

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

- Carcinologie	MM.	ESTRADE
- Médecine générale et thérapeutique		BES
- Pathologie expérimentale		GLEIZES
- Médecine générale		ARLET Jacques
- Dermatologie, Vénéréologie		DUPRE
- Thérapeutique		DENARD
- Physiologie		GERAL J. Pierre
- Cardiologie		BOUNHOURE
- Thérapeutique, Réanimation médicale, Rééducation fonctionnelle et Hydrologie		SALVADOR
- Radiologie		COMBES Pierre
- Pneumo-Phtisiologie		ALBAREDE J.L.
- Pédiatrie génétique médicale		ROCHICCIOLI P.
- Chirurgie générale		ESCAT Jean
- Chirurgie générale		COSTAGLIOLA
- Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique et reconstructive		UTHEZA Guy
- Urologie		PONTONNIER F.
- Histologie, Embryologie, Cytogénétique		SOLEILHAVOUP
- Biophysique		GUIRAUD Robert
- Physiologie		PAGES Bernard
- Parasitologie		LARROUY
- Immunologie, Hématologie, Maladies du sang		BIERME Robert
- Anatomie et organogénèse		JUSKIEWENSKI S.
- Médecine interne		FEDOU Robert
- Médecine générale		RASCOL

AGREGES

- Médecine générale	MM.	CALAZEL
- Médecine générale		LE TALLEC
- Chirurgie générale		GAUBERT
- Médecine légale		GREZES-RUEFF
- Neurologie et Psychiatrie		GAYRAL
- Ophtalmologie		BEC

AGREGES LIBRES

- Chirurgie générale	MM.	SOUQUET
- Pathologie chirurgicale		DIEULAFE
- Obstétrique		ESPAGNO G.

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

- Psychiatrie	M.	LABOUCARIE

Secrétaire Général de l'Université : Monsieur PRINEAU J.P.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (délibération en date du 12 Mai 1891).

-:-:-:-:-:-:-:-

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MA FILLE

A MON FRERE

A MA SOEUR

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GADRAT

Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
jury de thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici,
avec nos remerciements, le témoignage
de notre profonde gratitude.

A NOTRE JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR Y. LE TALLEC

Professeur Agrégé à la Faculté

Il nous a proposé le sujet de notre thèse. Avec une constante bienveillance il a guidé la réalisation de ce travail.

Pendant une année d'externat, nous avons bénéficié de son enseignement et apprécié sa compétence et ses qualités humaines.

Nous voudrions lui exprimer ici notre profonde reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BESSOU

Professeur à titre personnel de Physiologie

Il a accepté de siéger à notre jury de thèse.

Nous lui adressons nos sincères remerciements pour la sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

MONSIEUR LE PROFESSEUR J.L. ALBAREDE

Maître de Conférences Agrégé à la Faculté

Nous le remercions de siéger à notre jury de thèse.

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. FEDOU

Maître de Conférenees Agrégé à la Faculté

Nous lui adressons nos remerciements pour avoir consenti à être de nos juges.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Y. LAPORTE

Professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine

Il nous a accueilli avec bienveillance dans son laboratoire.

Nous tenons à lui exprimer notre profonde reconnaissance pour son enseignement remarquable et sa sollicitude constante à notre égard.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J.P. GERAL

Maître de Conférences Agrégé à la Faculté

Nous lui sommes particulièrement reconnaissant de toutes les marques de sympathie qu'il nous a témoignées.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

INTRODUCTION

Les manifestations cliniques de début des tumeurs primitives de la trachée et des gros troncs bronchiques associent le plus souvent, un ensemble de signes fonctionnels, physiques et généraux, qui, s'ils ne présentent aucun caractère pathognomonique, imposent des examens radiologiques et amènent à l'endoscopie, seule capable de découvrir et de préciser le siège de la tumeur ; la biopsie confirme la nature histologique.

Dans ce cortège de signes cliniques, une place revient à la dyspnée. Cette dyspnée que l'on retrouve à n'importe quel moment de l'évolution d'une tumeur primitive trachéo-bronchique, généralement, il est vrai à un stade avancé de la maladie, où elle est alors particulièrement pénible pour le malade, peut quelquefois constituer un des tout premiers signes de la tumeur.

Cette dyspnée se présente sous différents aspects suivant la localisation et la nature même de la lésion causale :

- dans les "TUMEURS TRACHEALES" la dyspnée est classiquement inspiratoire, renforcée à l'effort, exagérée lors d'accès paroxystiques particulièrement intenses avec tirage sus-sternal et cyanose. Elle s'accompagne d'une toux volontiers quinteuse et d'hémoptysies.

Cette triade symptomatique réalise le classique syndrome de MOUNIER KHUN évocateur de l'obstacle trachéal et conduit à la trachéoscopie.

- dans les "TUMEURS DES GROS TRONCS BRONCHIQUES" il s'agit souvent d'une dyspnée continue qui témoigne soit d'un emphysème obstructif étendu, soit d'une amputation ventilatoire massive de tout un territoire pulmonaire. Certains mouvements, certaines positions du malade exagèrent bien souvent cette dyspnée.

Retrouvée plus volontiers dans les CARCINOMES ANAPLASIQUES, elle s'accompagne d'hémoptysies dans plus de 50 % des cas, d'une toux sèche, quinteuse, rebelle, de douleurs thoraciques et d'une atteinte plus ou moins prononcée de l'état général avec asthénie et amaigrissement progressifs.

Ailleurs cette dyspnée prend la forme d'un "WHEEZING", Il s'agit alors d'on sifflement expiratoire intense, perçu par le malade lui-même et entendu bien souvent à distance. La valeur sémiologique de ce wheezing est considérable car, localisé à l'auscultation, il fournit à l'examen clinique seul la preuve d'uns obstruction bronchique incomplète et impose la bronchoscopie.

Selon RULLIERE (28) le wheezing se retrouve dans 5 % des cas et serait l'apanage des EPITHELIOMAS EPIDERMOIDES.

Dans de nombreux cas cependant, la symptomatologie est loin d'être aussi évocatrice et nous voudrions attirer l'attention sur une forme de début particulièrement déroutante des tumeurs trachéo-bronchiques primitives : la DYSPNEE PAROXYSTIQUE ASTHMATIFORME.

En l'absence de tout autre symptomatologie clinique, voire d'images radiologiques franchement anormales, la dyspnée peut prendre assez longtemps le caractère d'une bradypnée expiratoire survenant par accès, et en imposer pour un asthme.

CHARPIN et BOUTIN, dans un récent article sur la maladie asthmatique, mentionnent "ces rares cas de tumeurs de la trachée et des bronches qui peuvent simuler lors d'un examen initial tout au moins, un asthme bronchique" et reconnaissent que souvent, le diagnostic erroné d'asthme est temporairement appuyé par une corticothérapie quelquefois efficace.

Quand on connait la fréquence avec laquelle se pose au médecin praticien le problème de l'asthme, on conçoit que devant un tableau d'accès dyspnéiques où rien n'évoque le développement sous-jacent d'un processus tumoral, on peut ne pas envisager à ce stage des investigations pulmonaires plus précises, si l'on ignore l'existence de cette forme particulière de début des tumeurs trachéo-bronchiques primitives.

Pour illustrer ce chapitre des tumeurs trachéales ou bronchiques à début pseudo-asthmatique, nous nous proposons de rapporter deux observations personnelles de malades considérés comme des asthmatiques, mais dont la cause du trouble dyspnéique était

- dans un cas une tumeur trachéale
- dans l'autre cas une tumeur bronchique.

Nous mentionnerons ensuite quelques faits cliniques analogues relevés dans la littérature avant d'exposer les commentaires que soulèvent de telles observations.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Notre première observation est celle d'une tumeur trachéale primitive.

Nous voudrions insister sur la rareté de cette localisation tumorale. Une enquête récente (Institut du Professeur VALDONI) fait état de 0,5 % par rapport aux tumeurs bronchiques réparties en tumeurs bénignes et malignes. MATHEY, en 1961, n'en comptait que 600 cas publiés dans la littérature et GALY, dans un travail sur ces tumeurs trachéales primitives fait remarquer que bien souvent, les auteurs incluent dans ce cadre, des tumeurs des bronches souches secondairement étendues à la trachée, ce qui est fréquent à un certain stade évolutif des cancers bronchiques.

Nous avons déjà rappelé le syndrome de MOUNIER KUHN forme classique de début de ce type de tumeurs, mais des complications peuvent également révéler ce genre de tumeurs et en particulier :

- une paralysie récurentielle
- des adénopathies sus-claviculaires
- un syndrome dysphagique par compression oesophagienne.

Le cas clinique de notre malade diffère de la symptomatologie habituelle :

OBSERVATION N° I

Madame A B... Marie-Jeanne, 5I ans, agricultrice, nous est adressée dans le courant du mois de Novembre I965 pour un asthme tardif, compliqué depuis quelques jours de crachats hémoptoïques survenus dans le décours des dernières crises.

Dans les antécédents, on retrouve la notion d'un emphysème chez son père, décédé à l'âge de 70 ans et des bronchites à répétition chez son frère.

Ses antécédents personnels, outre une appendicectomie et quelques épisodes grippaux hivernaux, sont caractèrisés par de fréquentes poussées de rhinorrhée et d'éternuements, évoquant une rhinite allergique.

Histoire de la maladie

En juin I965, Madame AB... consulte son médecin pour une asthénie transitoire avec cependant un état général satisfaisant.

Quelques mois plus tard, au début d'octobre I965, nouvelle consultation motivée cette fois par une sensation de picottement laryngé avec toux spasmodique. Peu de temps après, apparaît une crise dyspnéique.

Cet épisode dyspnéique, diurne, est de brève durée, quelques minutes seulement, calmé par une injection de Théophylline.

L'auscultation ayant révélé des sibilances diffuses, son médecin pose le diagnostic d'asthme bronchique.

Quelques jours plus tard, nouvelle crise dyspnéique que la malade attribue à l'inhalation d'odeur forte. Cette crise est précédée par ces picottements laryngés que la malade avait déjà mentionnés.

Progressivement, ces crises dyspnéiques diagnostiquées et traitées comme des crises asthmatiques se rapprochent et se font de plus en plus fréquentes ; l'état général reste satisfaisant.

Au début du mois de Novembre I965, nouvelle répétition de crises d'asthme majeures qui cette fois s'accompagnent d'un état fébrile à 38°, 38°5, et évoquent un véritable état de mal asthmatique.

Survient alors un fait nouveau: l'apparition de crachats hémoptoïques au décours d'une crise.

Ces crachats hémoptoïques amènent l'hospitalisation de la malade dans le service du Professeur GADRAT où elle est admise le 9 Novembre I965 avec le diagnostic d'asthme tardif compliqué d'hémoptysies.

Examen clinique à l'entrée

La malade présente un état fébrile peu marqué (38°) une tension artérielle normale I2-8, un pouls à I00.

Son insuffisance respiratoire, tout au moins au début de son hospitalisation paraît modérée. Il existe dans les deux champs pulmonaires de nombreuses sibilances.

L'examen clinique est normal par ailleurs.

Une radiographie pulmonaire standard apparaît sensiblement normale.

Des examens biologiques :

Sanguins : montrent une discrète anémie à 4.000.000

Leucocytes : 6600

dont :

73 % de Polynucléaires Neutrophiles
2 % de Polynucléaires Eosinophiles
4 % de Monocytes
2I % de Lymphocytes

La vitesse de sédimentation ne paraît pas très accélérée : I2 mm à la première heure.

Crachats : pas d'éosinophiles

pas de B.K. à l'examen direct.

Quelques jours après son hospitalisation, la malade présente de nouvelles crises dyspnéiques qui ressemblent à des crises d'asthme typiques.

La thérapeutique antibiotique et broncho-dilatatrice ne donne que peu de résultats sur les signes généraux et fonctionnels, et brusquement apparaissent quelques jours plus tard :

- une accentuation de l'hyperthermie
- une dyspnée qui devient continue et sur laquelle viennent se greffer des paroxysmes intenses qui semblent confirmer le diagnostic d'ETAT DE MAL ASTHMATIQUE et conduisent à pratiquer des perfusions de corticoïdes à fortes doses associés à des antibiotiques et des broncho-dilatateurs.

Une amélioration passagère permet de pratiquer des tomographies pulmonaires :

- celles-ci ne montrent pas d'anomalie parenchymateuse mais, par contre, la lumière trachéale parait réduite dans son tiers inférieur par une sténose intrinsèque importante, ce qui conduit à pratiquer un examen endoscopique.

Le 23 novembre est pratiquée la Bronchoscopie (Professeur LE TALLEC). Celle-ci est difficile en raison de la gêne respiratoire de la malade, mais elle met en évidence un obstacle trachéal au-delà duquel le bronchoscope ne peut pas progresser et qui apparaît comme une tumeur de la trachée saignant au moindre contact et située vers le milieu de la trachée.

L'examen microscopique du prélèvement biopsique confirme la présence d'îlots tumoraux épithéliomateux qui viennent par place effondrer la bordure épithéliale.

L'examen du produit d'aspiration bronchique montre la présence de cellules néoplasiques.

L'intervention chirurgicale est dès lors envisagée malgré l'atteinte sévère de l'état général et la persistance des signes pulmonaires associant dyspnée continue et expectoration striée de sang, qui semblent témoigner d'un processus très évolutif.

Mais l'apparition de crises d'épilepsie de type BRAVAIS JACKSON fait craindre l'existence de métastases cérébrales. Autant

de circonstances qui conduisent à différer l'acte chirurgical et à entreprendre une thérapeutique antimitotique (Endoxan) associée à la corticothérapie déjà installée.

On assiste alors à une légère amélioration de la symptomatologie respiratoire mais l'hyperthermie persiste et les signes généraux, asthénie, anorexie et amaigrissement s'exagèrent.

Dans le courant du mois de décembre I965, le dyspnée un moment améliorée, réapparait avec des paroxysmes particulièrement sévères et l'on décide de transférer la malade dans le service de chirurgie thoracique du Professeur DAMBRIN.

La sanction chirurgicale s'impose devant la menace d'asphyxie et le I6 janvier I966 l'exérèse est pratiquée (Professeur ESCHAPASSE) :

- résection de la trachée inférieure et des deux bronches souches avec anastomose trachéo-bronchique droite et broncho-bronchique.

Les suites opératoires immédiates sont satisfaisantes, la trachéotomie permet d'aspirer les mucosités et assure ainsi une excellente ventilation.

Malheureusement, quelques jours plus tard, une hyperthermie à 40° et des perturbations métaboliques considérables avec alcalose font plonger la malade dans un coma profond avec troubles respiratoires qui imposent l'assistance ventilatoire par l'appareil d'ENGSTROM.

La malade meurt dans un tableau de cachexie, de coma hyperthermique avec troubles respiratoires irréductibles.

Examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire :

I°) Examen macroscopique :

Résection du carrefour trachéo-bronchique sur 6,5 cm de hauteur (13 anneaux cartilagineux : 9 sur la trachée, 4 sur la bronche souche droite).

La tumeur est du type "Iceberg".

La masse endothrachéale sessile, ovoïde, représente le 1/3 de la néoformation et la masse extra cartilagineuse les 2/3. Le tissu tumoral est ferme, blanchâtre.

2°) Examen histologique (Docteur MOREAU)

Il s'agit d'une tumeur développée aux dépens des glandes muqueuses de la paroi trachéale.

Le tissu tumoral est formé de larges amas ou cordons épithéliaux composés soit de cellules glandulaires globuleuses, claires, fortement mucicarminophiles, soit de cellules pavimenteuses, soit d'un mélange de ces deux types cellulaires.

Il s'agit donc d'une tumeur muco-épidermoïde du type fréquemment rencontré dans les glandes salivaires séro-muqueuses.

Dans la profondeur de la paroi trachéale le mucus sécrété par les cellules épithéliales se collecte dans les cavités glandulaires larges formant de grands lobules clairs. Dans certains territoires, cette accumulation muqueuse aboutit à la rupture des glandes et à l'infiltration mucoïde du tissu interstitiel parfois à la nécrose.

Les caractères infiltrants, envahissants de la néoformation, en particulier l'envahissement de la média d'une grosse veine, ne laissent aucun doute quant à la malignité.

Cependant, l'activité proliférative est faible et l'évolution certainement lente.

En résumé

Malade hospitalisée pour un asthme tardif et traitée auparavant comme telle avec évolution vers un véritable état de mal intermittent. L'apparition de crachats hémoptoïques entraîne des examens complémentaires tomographiques et bronchoscopiques qui révèlent l'existence d'une tumeur trachéale.

L'examen histologique de la pièce opératoire confirme la nature maligne de la tumeur.

Décès de la malade quelques jours après l'intervention.

La deuxième observation que nous rapportons est celle d'une tumeur bronchique carcinoïde à début pseudo-asthmatique.

Ces tumeurs que l'on regroupe sous le terme général d'"EPISTOMES" et que l'on considère comme des épithéliomas à stroma remanié, englobent plusieurs types histologiques qui, par ordre de fréquence, sont :

- les tumeurs carcinoïdes
- les cylindromes
- les tumeurs à cellules myoépithéliales

Elles représentent selon RULLIERE (28) 4 % des tumeurs bronchiques en général et surviennent chez des femmes jeunes, aux alentours de 40 ans, plus rarement chez l'homme.

L'histoire clinique est simple au début et se résume à trois symptômes qui, groupés ou isolés, peuvent révéler le développement tumoral :

- la toux presque constante, souvent quinteuse
- les hémoptysies dans 80 % des cas avec une tendance particulière à se répéter suivant le rythme cataménial chez la femme et qui sont d'un grand intérêt diagnostic car elles imposent d'emblée la bronchoscopie.
- la dyspnée.

L'évolution est marquée par la répétition fréquente des épisodes infectieux qui revêtent l'allure soit d'une pneumopathie, soit d'une suppuration bronchique évoquant l'existence de bronchectasies.

La traduction radiologique reste longtemps latente.

La difficulté de diagnostic est plus grande encore lorsque le début est fait uniquement de dyspnées asthmatiformes comme ce fut le cas de la malade dont voici l'observation.

OBSERVATION N° 2

Madame A... présente en I962, à l'âge de 30 ans, une congestion pulmonaire post-grippale avec opacité radiologique floue para-cardiaque droite, qui sur le cliché de profil, se projette au niveau du lobe moyen.

Madame A... guérit de cet épisode aigu qui régresse rapidement, mais par la suite apparaissent des accès dyspnéiques et des quintes de toux paroxystiques, avec crises d'eczéma passa-

gères qui font suspecter la possibilité d'un terrain asthmatique.

Un traitement corticoïde intermittent est institué associé à de la théophylline.

En avril I964, survient un nouvel incident pulmonaire aigu, qui régresse sous antibiotiques, cependant que persistent les crises dyspnéiques de caractère asthmatique et traitées comme telles. A l'examen clinique, on est frappé par l'importance des râles asthmatiques qui sont bilatéraux, mais à nette prédominance droite.

Les examens radiographiques pratiqués en septembre I964, mettent en évidence au niveau de l'hémithorax droit :

- de face, une déformation en brioche du diaphragme qui est attiré vers le haut, une petite opacité homogène triangulaire dans la région para-cardiaque et sus-diaphragmatique.

- de profil, une surélévation de la coupole diaphragmatique droite avec opacité qui semble correspondre à une hypoventilation segmentaire au niveau du lobe moyen.

Les examens hématologiques montrent une discrète éosinophilie sanguine.

L'opacité est interprétée comme pouvant être en rapport avec la maladie asthmatique et la malade est mise sous traitement associant Cortancyl et Hexacycline.

En février I965, devant la persistance des crises asthmatiques et de l'image radiologique anormale, est pratiquée une bronchoscopie (Professeur LE TALLEC). Cette bronchoscopie permet de déoouvrir à droite, à hauteur de l'orifice de la lobaire moyenne, une formation tumorale lisse qui obstrue la quasi totalité du lobe inférieur droit. Une tentative de biopsie entraîne

une grosse hémorragie, stoppée par tamponnements d'Adrénaline. Seule une aspiration de sécrétions bronchiques est analysée ; il n'existe pas de cellules néoplasiques.

Cette bronchoscopie est complétée par une bronchographie lipiodolée, qui met en évidence une image lacunaire de la bronche intermédiaire droite, débordant sur la lobaire inférieure, sans imprégnation du lobe moyen et du Nelson droit. Il paraît exister des dilatations bronchiques au niveau de la pyramide basale.

Le diagnostic de sténose bronchique par tumeur bénigne est confirmé, l'intervention proposée, mais refusée par la malade dans l'immédiat.

Les crises dyspnéiques de type asthmatique se répètent dans les mois qui suivent. La malade se décide enfin à l'intervention, qui est retardée par une granulopénie passagère d'origine médicamenteuse probable.

Le I4 mars I967, est réalisée l'intervention (Professeur ESCHAPASSE) : bi-lobectomie inférieure et moyenne pour tumeur bronchique développée sur la bronche intermédiaire.

La pièce d'exérèse est examinée au point de vue anatomopathologique par le Docteur MOREAU :

"EPISTOME CARCINOIDE". La tumeur est une masse ovoïde, mesurant 3 cm x 2 cm développée au niveau de la portion initiale de la bronche lobaire moyenne. La structure histologique de la tumeur est très homogène. Elle est formée par de petits cordons de cellules cubiques, régulières, séparées par des espaces conjonctifs oedémateux. La néoformation a une topographie en "iceberg", 1/3 de la masse est endocartilagineuse, 2/3 sont exocartilagineux. En amont de l'épistome les deux lobes présentent des bronchectasies importantes, en rétention muco-leucocytaire. Les ganglions

périphériques ne présentent pas de métastases.

Les suites opératoires sont satisfaisantes et depuis I967, cette malade est vue régulièrement. La gêne respiratoire est très discrète et il n'existe aucune crise paroxystique de type asthmatique.

En conclusion

Malade traitée pendant plusieurs mois (deux ans) pour asthme à dyspnée paroxystique, paraissant compliqué d'épisodes aigus infectieux. Les examens endoscopiques permettent de découvrir une tumeur bronchique bénigne.

L'intervention entraîne la guérison de l'asthme.

C H A P I T R E II

LES TUMEURS PRIMITIVES TRACHEO-BRONCHIQUES A DEBUT PSEUDO-ASTHMATIQUE DANS LA LITTERATURE

Nous avons retrouvé dans la littérature médicale des publications de cas semblables à ceux de nos deux malades ainsi que des travaux d'ensemble consacrés à cette forme si particulière de début des tumeurs trachéo-bronchiques primitives.

C'est ainsi que Madame LE MAREC (22) rapporte :

- trois observations de dyspnée révélatrice de tumeur des grosses bronches.

- deux observations de dyspnée révélatrice d'épistome et de tumeur bénigne
- cinq observations de dyspnée révélatrice de tumeurs à développement médiastinal
- cinq observations de dyspnée révélatrice de tumeur de la trachée.

Cette dyspnée rarement permanente survient le plus souvent par accès paroxystiques, soit à l'effort, soit spontanément par crises diurnes ou nocturnes et la présence de sibilances et de ronchi à l'auscultation des deux plages pulmonaires explique que l'on ait pu traiter ces malades comme des asthmatiques avant d'arriver au vrai diagnostic.

Il faut remarquer cependant que dans les observations de cancer des grosses bronches ou de cancer à développement médiastinal, la dyspnée survenait dans un contexte clinique et surtout radiologique qui permettait d'éliminer rapidement le diagnostic d'asthme.

L'auteur souligne dans sa conclusion l'importance de ces crises dyspnéiques dans le diagnostic d'une tumeur des voies respiratoires et insiste sur la rareté de l'apparition de véritables crises d'asthme dans l'histoire clinique de ces tumeurs. "En effet, les dyspnées se distinguent de la crise d'asthme par leurs caractères cliniques, biologiques, l'action de la thérapeutique et les épreuves pharmacodynamiques".

HOFER D. (I7) passe en revue les sténoses responsables d'une dyspnée asthmatiforme ; il signale, en particulier, les tumeurs primitives de la trachée et des bronches, mais envisage

en outre les autres étiologies, à savoir :

- les cancers secondaires bronchiques
- les corps étrangers intrabronchiques
- les sténoses d'origine tuberculeuse et

à propos de chaque type, rapporte quelques observations.

Analysant ensuite ces différentes observations, l'auteur essaie de dégager les signes qui pouvaient appartenir à la symptomatologie de l'asthme et, parallèlement, ceux qui auraient dû écarter l'hypothèse d'un asthme.

Ces deux travaux mis à part, nous avons regroupé quelques observations publiées dans la littérature sous deux rubriques :

1) Les observations ou faits cliniques se rapportant aux tumeurs trachéales primitives.

2) Les observations se rapportant aux tumeurs bronchiques primitives.

I - A PROPOS DES TUMEURS TRACHEALES PRIMITIVES A DEBUT PSEUDO-ASTHMATIQUE

A) - LE BRIGAND et coll. (20) rapportent l'histoire d'une jeune femme de 33 ans qui présenta des crises dyspnéiques de plus en plus fréquentes, survenues après un épisode infectieux.

Ces crises s'accentuèrent progressivement et la dyspnée devint permanente avec toux, dysphonie, baisse de l'état général.

On porte successivement le diagnostic d'asthme, de trachéite spasmodique et ce n'est que l'apparition d'un accès de

détresse aiguë respiratoire qui provoqua l'examen endoscopique des voies respiratoires.

La trachéoscopie permit de découvrir une tumeur trachéale.

A l'examen microscopique, il s'agissait d'un "CYLINDROME TRACHEAL".

B) - Dans sa thèse, mentionnée précédemment, Madame LE MAREC (22) rapporte une observation un peu analogue :

Il s'agit d'une jeune femme de 33 ans dont la maladie avait débuté en Novembre I957 par des quintes de toux sèche.

En mars I958, apparaissent les premières crises d'asthme qui vont alors se multiplier survenant tantôt au repos tantôt à l'effort.

On note une prédisposition aux accès dyspnéiques au cours des changements de climat, et la prescription d'un traitement anti-inflammatoire (Corticoïdes) et antibiotique améliore considérablement l'état respiratoire de la malade avec cependant persistance d'une dyspnée d'effort.

En Août I958, nouvelles crises d'asthme qui laissent entre elles un fond de dyspnée continue et conduisent à l'hospitalisation.

La dyspnée est intense accompagnée de cyanose et l'auscultation révèle de nombreux ronchi et sibilances dans les deux champs pulmonaires. Il n'existe aucune anomalie radiologique et les examens sanguins ne montrent qu'une discrète hyperleucocytose. Les crachats ne contiennent pas d'éosinophile.

On conclut cependant à un état de mal asthmatique et on instaure des perfusions d'ACTH qui ont une action immédiate et spectaculaire sur la dyspnée.

La réapparition de nouvelles crises dyspnéiques dans les jours qui suivent, conduit alors à une exploration endoscopique des voies aériennes. L'exploration laryngée n'apporte aucun élément nouveau, par contre la bronchoscopie montre l'existence de végétations qui obstruent presque totalement la trachée.

La biopsie et l'examen histologique font la preuve d'un "CYLINDROME TRACHEAL".

C) - ESCHAPASSE et coll. (I3) ont publié en I960 l'observation d'un adénome trachéal à début pseudo-asthmatique et dont le diagnostic n'a été établi qu'après plusieurs années d'évolution.

Voici le résumé de cette observation :

Une jeune fille de I7 ans présentait depuis l'âge de IO ans des quintes de toux sèche, nocturnes.

Trois ans plus tard, à l'âge de I3 ans, des accès dyspnéiques nocturnes font porter le diagnostic d'asthme infantile.

Quelques mois après, l'expectoration muqueuse puis muco-sanglante évoque la possibilité d'une tuberculose chez cette asthmatique malgré l'absence de confirmation bactériologique et d'image pulmonaire anormale.

L'état général s'altère progressivement et en février I954, à l'âge de I7 ans, l'état général est mauvais, avec amaigrissement, fièvre, toux quinteuse avec tirage et cyanose.

Des examens complémentaires (Tomographies pulmonaires et trachéoscopie) révèlent l'existence d'une tumeur siégeant au tiers supérieur de la trachée et obstruant les deux tiers de la lumière trachéale.

L'examen microscopique post-opératoire confirme le diagnostic d'ADENOME DE JACKSON typique que l'aspect bronchoscopique avait évoqué.

L'exérèse de la tumeur amène la guérison sans aucun signe fonctionnel.

D) - Traitant des tumeurs primitives de la trachée à l'occasion de quelques observations personnelles, TCHEDOMIR I. et STEFANOVITCH P. (34) rapportent en particulier deux cas de néoformation endotrachéale ayant débuté par une dyspnée paroxystique asthmatiforme.

Voici le résumé de ces deux observations :

a) Observation n° I : L'histoire de la maladie date de IO ans chez ce malade et se résume à des épisodes dyspnéiques. A l'occasion d'un accès intense, on est amené à effectuer une trachéotomie et la trachéoscopie découvre dans le tiers supérieur de la trachée un volumineux adénome qui sera enlevé chirurgicalement.

b) Observation n° 2 : Ce malade âgé de 40 ans fut pendant plusieurs mois soigné pour des accès asthmatiformes. L'aggravation de son état et la survenue d'un accès de détresse respiratoire particulièrement intense amènent à pratiquer une trachéoscopie qui découvre une tumeur de la trachée. L'examen anatomopathologique répond qu'il s'agissait d'après les fragments biopsiques d'un SARCOME de la trachée.

E) - GALY P. et coll. (I4) en avril I965 mentionnent six observations personnelles de tumeurs de la trachée dont l'une d'entre elles fait état d'une dyspnée asthmatiforme comme manifestation de début d'un CYLINDROME TRACHEAL.

Il s'agit d'un malade de 72 ans qui avait déjà été hospitalisé une première fois, deux ans auparavant, pour des hémoptysies ; un lipiodol bronchique avait alors objectivé un aspect de bronchectasies de la base droite.

Deux ans plus tard, ce même malade est hospitalisé pour une dyspnée expiratoire majeure sans signe radiologique. Les coupes tomographiques sont également normales.

Le diagnostic d'asthme est porté, mais l'absence d'amélioration sous traitement, incite quelques jours plus tard à pratiquer une bronchoscopie.

Cet examen met en évidence un volumineux "CYLINDROME TRACHEAL".

F) - CHAUVET et coll. (5) rapportent l'observation d'une tumeur trachéale dont l'unique symptôme de début était une dyspnée évoquant le diagnostic d'asthme bronchique.

Les auteurs précisent cependant

- qu'il n'y avait jamais eu de crises nocturnes typiques
- que l'on n'avait jamais retrouvé d'éosinophiles dans les crachats
- que les réactions aux tests allergologiques cutanés avaient été négatives
- qu'il s'agissait d'une dyspnée principalement d'effort.

Le diagnostic de "CYLINDROME TRACHEAL" n'a cependant été porté que quelques mois plus tard, à l'occasion de crises asphyxiques avec pertes de connaissance.

2 - A PROPOS DES TUMEURS BRONCHIQUES PRIMITIVES A DEBUT PSEUDO-ASTHMATIQUE

A) - D'ARCHANGELO et MORGAGNI (1) mentionnent en I954 le fait clinique suivant :

Il s'agit d'un sujet de 29 ans qui, depuis quelques mois, était considéré comme un asthmatique.

Ce sujet présentait, outre une toux tenace et une expectoration muco-purulente, des épisodes fébriles périodiques.

Cliniquement on mettait en évidence une sub-matité de la base de l'hémithorax droit et l'on entendait à ce niveau des râles sous crépitants.

L'image radiologique conduisit à la bronchoscopie : ainsi fut découverte une tumeur de la bronche intermédiaire dont le type était un "ADENOME DE JACKSON".

B) - Au chapitre des dyspnées révélatrices des tumeurs des grosses bronches LE MAREC (22) rapporte, dans sa thèse, l'observation qui suit :

Depuis I95I, une malade est traitée pour asthme. Elle présente, en effet, une dyspnée sibilante survenant par accès.

Cette dyspnée devient progressivement permanente, calmée seulement par le repos, mais accentuée par le décubitus dorsal gauche.

Des épisodes bronchitiques avec toux, expectoration purulente compliquent bientôt ce tableau d'asthme et, malgré le traitement broncho-dilatateur et antiseptique pulmonaire, on n'enregistre aucune amélioration de son état.

En février I952, une radioscopie pulmonaire avait montré une opacité de la base gauche dont il n'avait pas été tenu compte et qui n'a été identifiée que rétrospectivement au cours d'un état de mal prolongé.

Ce n'est pourtant qu'en Mars I954, plus de deux ans après le début de la maladie que l'on pratique une bronchoscopie qui découvre à la partie moyenne de la bronche souche gauche un bourgeon plat et lisse, saignant facilement, avec un épaississement marqué de la muqueuse ; cet épaississement s'accentue pour donner une sténose quasi complète de la lobaire inférieure.

La biopsie fait la preuve d'un EPITHELIOMA GLANDULAIRE POLYMORPHE partiellement mucipare.

C) - REYNOLDS S. (27). Les auteurs font état d'une papillomatose trachéo-bronchique associée à des manifestations asthmatiques.

Il s'agit d'un homme de 33 ans, vu pour la première fois en juin I964, pour une histoire de dyspnée paroxystique avec sifflement expiratoire. L'étude des fonctions respiratoires avait montré un syndrôme obstructif discret.

Il existait dans les deux champs pulmonaires des sibilances expiratoires diffuses et quelques ronchi.

Des tests aux allergènes respiratoires furent négatifs, des tests intra-dermiques n'apportèrent que peu de résultats et l'on conclut à un asthme bronchique ; le malade fut mis sous traitement symptomatique banal (Ephédrine, Phénobarbital, Théophylline).

Ce traitement améliora les signes respiratoires du malade, mais quelques mois plus tard une pneumonie bilatérale et un délirium tremens, amenèrent l'hospitalisation du malade en décembre I966. Ces manifestations pulmonaires persistèrent en dépit d'un traitement antibiotique adéquat (Pénicilline, Streptomycine, Ampicilline, Colimycine).

On suspecta alors une obstruction bronchique et une bronchoscopie fut réalisée qui révéla de multiples tumeurs des bronches et de la trachée que l'examen microscopique confirma être de nature Papillomateuse.

Les auteurs mentionnent dans leur article l'observation de DRENNAN et DOUGLAS en I965 d'un PAPILLOME SOLITAIRE des bronches qui avait été expectoré spontanément, lors d'une quinte de toux, après avoir provoqué pendant une année un sifflement asthmatique.

D) - GRILLAT et coll. (I5) - Une femme de 39 ans présente à la suite d'un choc émotif, une première crise d'asthme en octobre I965 qui réagit au traitement symptomatique banal.

Quelques semaines plus tard, une nouvelle crise d'asthme apparaît, améliorée par l'antibiothérapie et la corticothérapie.

En avril I966, recrudescence des crises à la suite d'un épisode bronchique banal. La malade est alors hospitalisée.

L'état général est médiocre, la température irrégulière autour de 38°, la gêne respiratoire est franche, de type expiratoire, la toux est fréquente mais ne ramène aucune expectoration.

A l'auscultation, on peut entendre des sibilances réparties dans les deux champs pulmonaires.

Les examens radiologiques pulmonaires montrent une diminution de la transparence de la base droite interprétée comme un foyer congestif.

L'électrocardiogramme objective une déviation droite de l'axe électrique du coeur avec des ondes P en D_2 et en D_3.

Examen sanguin : Eosinophilie à I9 % sans anémie.

Au cours de la nuit suivant son hospitalisation la malade présente une crise dyspnéique intense traitée par perfusions de corticoïdes, d'aminophyllines, d'antispasmodiques et d'antibiotiques.

L'amélioration se poursuit les jours suivants et l'on complète les investigations allergologiques. Le bilan est négatif pour les pneumallergènes. Il existe par contre une allergie à la pénicilline (Test de SHELLEY).

L'image radiologique a disparu de façon quasi-complète. Cependant une bronchoscopie est pratiquée. Elle permet de découvrir au-dessous de l'émergence de la lobaire supérieure droite, au niveau du tronc intermédiaire, une tumeur rouge implantée sur la face interne de la bronche qui réduit de moitié le calibre bronchique.

L'examen antomo-pathologique des fragments biopsiques évoquent la possibilité d'une tumeur carcinoïde.

Le prélèvement réalisé en cours d'intervention chirurgicale où l'on constate d'importantes adénopathies péri-bronchiques, apprend alors qu'il s'agit en fait d'un CARCINOME de type ANAPLASIQUE.

Le malade recevra un traitement radiothérapique associé à une thérapeutique antimitotique (Endoxan).

Dans les mois suivants, apparaissent des métastases osseuses multiples.

E) - La dernière observation que nous rapportons a été publiée par CRINQUETTE J. et coll. (6).

Madame B... âgée de 50 ans, avait consulté une première fois en Juillet 1965, pour des épisodes de rhinites séreuses, de toux à prédominance nocturne et de dyspnée asthmatiforme.

L'absence de signes cliniques et radiologiques et la présence dans les antécédents personnels de la malade d'eczéma et de poussées urticariennes intermittentes renforcent l'impression d'une allergie.

L'enquête allergologique met en évidence une sensibilité aux poussières domestiques et à la candidine, et une désensibilisation spécifique à ces deux allergènes donne un résultat satisfaisant.

En avril 1966, brusque épisode respiratoire de suppuration bronchique qui, sous l'effet d'une antibiothérapie, disparait rapidement.

En février I967, nouvel accident respiratoire associant cette fois une dyspnée légère, des douleurs thoraciques et un état sub-fébrile.

A l'auscultation, sifflement audible dans la région thoracique antérieure droite. Les clichés pulmonaires révèlent l'existence d'un trouble de la ventilation du lobe supérieur droit avec diminution de transparence, attraction vers la droite de la scissure et rétraction de la trachée vers le droite.

L'une des coupes tomographiques antérieures montre une opacité arrondie siégeant dans la bronche souche droite près de la lobaire supérieure.

La bronchoscopie permet de voir une formation tumorale gris pâle, occupant la moitié du calibre de la bronche souche droite, et implantée assez largement sur les deux tiers externes de la face membraneuse de la bronche souche.

La biopsie fait la preuve d'un PAPILLOME BRONCHIQUE et la malade subit une résection par bronchotomie simple et anastomoses de reconstitution.

Les suites opératoires sont satisfaisantes et quelques semaines plus tard les radiographies de contrôle montrent un aspect normal.

C H A P I T R E III

COMMENTAIRES

L'analyse de ces différentes observations suscitent quelques commentaires.

I - FREQUENCE DES SYNDROMES ASTHMATIFORMES DANS LES MANIFESTATIONS DE DEBUT DES TUMEURS PRIMITIVES TRACHEO-BRONCHIQUES

Ce type de dyspnée, dans ses formes les plus caractérisées, évoquant tout à fait une symptomatologie asthmatique, n'est certainement pas un symptôme initial fréquent des tumeurs trachéo-bronchiques primitives.

Nous avons personnellement mentionné I5 observations et même si notre revue n'a pas la prétention d'être complète, ce nombre

paraît, eu égard à la relative fréquence des tumeurs des voies aériennes et principalement des tumeurs bronchiques primitives, particulièrement faible et souligne la rareté d'une telle manifestation.

Il est intéressant de remarquer que, si la répartition est homogène en fonction de la localisation bronchique ou trachéale (8 observations de tumeurs trachéales et 7 observations de tumeurs bronchiques), il n'en est pas de même quant à la distribution d'après la nature histologique de la tumeur ; en effet, nos I5 observations peuvent se répartir en I2 observations de tumeurs trachéales ou bronchiques bénignes ou considérées comme telles devant des critères anatomo-histologiques et évolutifs (Adénome de JACKSON, Cylindrome, Papillome), 3 observations seulement de tumeurs malignes.

Ceci nous permet d'affirmer que le syndrome asthmatiforme surviendrait plus volontiers dans le cas de tumeurs primitives bénignes : 80 % des cas mentionnés.

Cette rareté des dyspnées paroxystiques inaugurant le tableau clinique d'une sténose trachéale ou bronchique d'origine tumorale s'oppose à la relative fréquence d'un autre type de dyspnée, le WHEEZING (5 % des cas selon RULLIERE). Ce WHEEZING, que l'on considère classiquement comme un sifflement pseudo-asthmatique, ne peut en aucun cas rentrer dans le cadre de ces "syndromes asthmatiformes" tant, comme l'affirme CHARPIN ses caractères propres sont différents de la sibilance asthmatique, écartant toute confusion possible avec un asthme.

2 - CRITERES DU DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL AVEC L'ASTHME

En analysant les histoires cliniques de ces malades, il est possible de dégager un certain nombre d'arguments qui permettent de douter de l'hypothèse asthmatique.

Nous avons regroupé ces éléments du diagnostic différentiel sous quatre rubriques :

a) Critères cliniques

- Cet "asthme" apparaît, le plus souvent, sans passé bronchique important, de façon insolite, tardive et en l'absence d'antécédents familiaux ou d'équivalents allergiques dans le passé du malade.

- L'absence de crises typiques, nocturnes, stéréotypées, comme on les rencontre généralement au début d'une maladie asthmatique.

- Ailleurs, la présence unilatérale des signes auscultatoires.

- L'existence d'épisodes infectieux à rechutes de la sphère broncho-pulmonaire.

- L'apparition, dans deux des observations mentionnées, d'hémoptysies.

b) Critères radiologiques

- Nous retiendrons, chez certains malades, la présence sur les clichés pulmonaires de troubles de la ventilation.

c) Critères biologiques

- Dans 75 % des cas, la négativité des enquêtes allergologiques ce qui constitue un argument plus solide que l'interprétation des tests pharmacodynamiques au cours de l'exploration fonctionnelle pulmonaire.

- L'absence en général, d'éosinophiles dans le sang et l'expectoration de ces "asthmatiques".

d) Critères évolutifs

parmi lesquels on peut ranger :

- L'aggravation rapide des crises qui, malgré une thérapeutique supnéique, deviennent de plus en plus dramatiques et s'écartent alors de la véritable crise d'asthme lorsqu'apparaissent un tirage sus-sternal, un cornage, dont on connaît la haute valeur diagnostic d'une sténose trachéale.

- La sensibilité modérée, bien souvent, aux broncho-dilatateurs, voire aux corticoïdes, qui ont pu chez un de nos malades, faire la preuve de leur inefficacité.

Autant d'arguments qui doivent écarter l'hypothèse de l'étiologie asthmatique ; on peut cependant objecter l'existence indiscutable, chez d'authentiques asthmatiques :

- de poussées fébriles intermittentes
- de troubles de la ventilation avec opacités segmentaires radiologiques
- d'un hémogramme et d'une expectoration sans éosinophile.

Si, au cours de l'évolution de la maladie, apparaissent des signes susceptibles d'écarter l'hypothèse d'un asthme, ou tout au moins d'exiger des investigations pulmonaires plus précises, il faut reconnaître que, au tout début de l'histoire clinique, la discussion du diagnostic peut s'avérer particulièrement difficile.

A ce stade, en effet, comme dans la majorité des cas publiés, l'histoire clinique se résume :

- à des crises dyspnéiques, assez proches de la bradypnée expiratoire asthmatique et, surtout, ne s'accompagnant d'aucun signe radiologique sur les clichés pulmonaires (7 observations).

Cette absence de manifestation radiologique doit être tenue pour responsable de l'erreur de diagnostic et explique le retard dans la poursuite d'examens complémentaires que seule l'apparition ultérieure de phénomènes nouveaux, parfois gravissimes, peut indiquer.

Il faut signaler que là où elles existaient, les manifestations radiologiques de début n'ont jamais été significatives pour rattacher ces phénomènes dyspnéiques à leur cause réelle.

Une conclusion globale s'impose : dans toutes les observations publiées, l'allure prise par les phénomènes dyspnéiques a retardé les investigations bronchiques, seules capables au début, de fournir les preuves de la nature tumorale de la lésion responsable. Or, l'intérêt majeur de cette forme clinique est justement d'inaugurer le tableau clinique de la maladie ; elle peut être considérée comme un signe d'alerte qui doit faire suspecter un développement tumoral.

Il est intéressant d'essayer de dégager la conduite à adopter dans la discussion du diagnostic pour éviter toute confusion.

3 - CONDUITE A TENIR

Pour écarter toute confusion possible avec une maladie asthmatique débutante la discussion repose, au début, sur :

a) une analyse précise et attentive de la symptomatologie fonctionnelle en insistant sur le déroulement des crises, leurs circonstances d'apparition, leur durée, leur intensité, leurs facteurs déclenchants.

b) une analyse particulièrement minutieuse des clichés pulmonaires de ces asthmes "insolites" dont on complètera les investigations radiologiques par des coupes tomographiques qui visualiseront au mieux les lumières trachéo-bronchiques.

c) En l'absence de signes radiologiques, à plus forte raison lorsque paraît un trouble de la ventilation même discret sur les clichés, la simple constatation d'une prédominance unilatérale des signes auscultatoires doit conduire à la bronchoscopie dont on sait l'importance dans le diagnostic de toute tumeur des voies aériennes. Pour le clinicien la grande difficulté est de savoir demander cet examen endoscopique avant l'apparition de signes radiologiques ou d'accidents hémoptoïques. Pour justifier cette exploration, l'examen à l'écran pourra parfois révéler assez tôt un balancement médiastinal, traduction d'un début d'obstruction bronchique à l'expiration.

d) Il va sans dire que des signes biologiques comme une accélération constante et importante de la vitesse de sédimentation globulaire, ou une atteinte de l'état général telle une asthénie inhabituelle, un amaigrissement, pèseront lourdement dans la discussion du diagnostic et dans la justification des examens spécialisés.

e) On pourra, parfois compléter ces examens bronchologiques par un bronchogramme après injection de produit de contraste.

4 - CAS PARTICULIERS : ASTHME AUTHENTIQUE ET TUMEUR PRIMITIVE TRACHEO-BRONCHIQUE.

La discussion diagnostic est rendue particulièrement difficile dans deux cas :

a) Lorsque la tumeur se développe chez un asthmatique connu et traité de longue date.

La symptomatologie ne peut alors retenir l'attention et il est bien difficile d'évoquer le diagnostic de néo-formation en l'absence d'hémoptysie ou d'opacité pulmonaire réellement suspecte.

L'observation, citée dans un précédent chapitre, et publiée par CRINQUETTE J. et coll. (6) rendrait compte d'une telle éventualité si l'on considère :

- la positivité des tests allergologiques
- et surtout l'amélioration par la désensibilisation spécifique chez cette malade dont l'asthme avait été précédé par des manifestations allergiques (eczéma, poussées urticariennes, rhinites séreuses).

Les auteurs pensent que la malade avait présenté un asthme authentique guéri par la désensibilisation spécifique avant de développer, deux ans plus tard, une tumeur bronchique (PAPILLOME BRONCHIQUE).

Il est curieux de constater la rareté d'une telle association.

b) Le deuxième cas particulier est celui du développement d'un asthme authentique parallèlement à la tumeur bronchique.

Cette possibilité se trouve illustrée par l'observation de GRILLAT et coll. (I5).

Les auteurs pensent que le développement tumoral aurait, chez la malade, déterminé l'apparition d'un asthme véritable, favorisé déjà par un terrain névrotique et un facteur allergique indiscutable. "Ce n'était pas la sténose qui créait la dyspnée, mais bien le bronchospasme généralisé dans le cadre d'une maladie asthmatique."

Ainsi, sur un terrain prédisposé, la tumeur bronchique jouerait le rôle de facteur déclenchant d'une maladie jusque-là latente ; la tumeur évoluerait à bas bruit sous le couvert d'un asthme authentique et ne se manifesterait que par des complications respiratoires ultérieures.

5 - MECANISME DE LA DYSPNEE ASTHMATIFORME DANS LES TUMEURS PRIMITIVES TRACHEO-BRONCHIQUES

On peut invoquer, au chapitre des tumeurs de la trachée, la gêne ventilatoire secondaire à la diminution du calibre trachéal, gêne surtout expiratoire si l'on tient compte de la réduction physiologique du calibre de l'arbre trachéo-bronchique au cours de la phase expiratoire de la respiration. La survenue par accès ne pourrait s'expliquer que :

- soit par des réactions fugaces périlésionnelles de type oedémateux qui majoreraient, par épisodes, la gêne à l'écoulement de l'air dans les voies aériennes et déclencheraient la dyspnée,

- soit par la forme de la tumeur qui, partiellement pédiculée, dans certains cas, pourrait, à l'occasion de mouvements ou de positions particulières du malade, exagérer l'obstruction trachéale et engendrer des manifestations dyspnéiques.

Si les tumeurs bronchiques peuvent être responsables, en cas de siège proximal et de volume suffisamment important, d'une amputation ventilatoire massive d'un territoire pulmonaire génératrice de dyspnée, la gêne mécanique ne peut expliquer dans ce cas la bilatéralisation plus ou moins nette des signes auscultatoires, pas plus que la survenue par accès de la dyspnée. Dans de tels cas d'ailleurs, les signes radiologiques ne pourraient faire défaut.

On est alors en droit de penser que la tumeur serait génératrice de dyspnée par un bronchospasme qu'elle pourrait induire en jouant le rôle d'épine irritative, agissant sur une muqueuse bronchique prédisposée.

Il convient à ce propos, de s'attacher au cas particulier des "TUMEURS CARCINOIDES BRONCHIQUES", dont on a vu la prédisposition à déclencher des phénomènes dyspnéiques à allure pseudo-asthmatique dans trois de nos observations. Certains auteurs pensent à une identité de nature entre CARCINOIDES BRONCHIQUES et DIGESTIFS à la suite d'études infra-microscopiques et biochimiques (VERLEY et KOURILSKY, BOUTEILLE-ABELANET-DELARUE, PARIENTE EVEN et BRUET) (37) ; celles-ci ont révélé l'existence, dans le tissu tumoral, de grains de sécrétion intra-cytoplasmiques dont la nature chimique est la 5-HYDROXYTRYPTAMINE (SEROTONINE) ou de corps très voisins.

Si la réponse à une injection intraveineuse de 5-HYDROXYTRYPTAMINE détermine chez l'homme une hyperpnée temporaire suivie

d'une apnée (MIDLETON Jr E. et al.) (23) on sait qu'un aérosol de cette même substance peut déterminer une bronchoconstriction.

La libération de 5-HYDROXYTRYPTAMINE, dans le cas de CARCINOIDE BRONCHIQUE sécrétant pourrait déterminer un bronchospasme générateur de dyspnée asthmatiforme ce qui expliquerait la survenue des accès dyspnéiques bien avant l'apparition de tout autre signe révélateur de la tumeur.

C O N C L U S I O N

Nous avons rapporté deux observations de tumeurs primitives trachéo-bronchiques dont les manifestations cliniques de début ont été des accès dyspnéiques de type asthmatique.

Il s'agissait dans un cas d'une tumeur trachéale maligne et dans l'autre cas d'une tumeur bénigne bronchique.

A propos de ces deux observations nous avons voulu insister sur ce mode particulier de début d'une sténose tumorale trachéo-bronchique.

Nous avons repris les observations et les travaux parus dans la Littérature Médicale, concernant cet aspect sémiologique particulier de certaines tumeurs trachéo-bronchiques.

Cette forme clinique de début paraît relativement rare. Elle mérite cependant d'être connue car les malades sont considérés comme des asthmatiques et ceci retarde d'autant les examens complémentaires qui pourraient aboutir à la découverte de la tumeur.

Cette dyspnée de type asthmatique peut être un des tout premier signes de la tumeur, précédant le plus souvent l'apparition de signes radiologiques.

Cette forme de début est surtout l'apanage des tumeurs bénignes ou d'évolution lente (80 % des observations mentionnées), chez certains malades, la survenue des crises dyspnéiques précède de plusieurs mois la découverte de la tumeur.

Nous avons analysé les différentes observations rapportées dans la littérature, afin de dégager les critères de diagnostic différentiel avec une maladie asthmatique vraie, mais aussi pour envisager la conduite à tenir dans le but d'éviter d'emblée toute confusion possible avec un asthme authentique.

A ce propos, nous avons soulevé les réelles difficultés que présente le diagnostic, lorsqu'on se trouve en présence de malades asthmatiques connus et traités de longue date et chez lesquels se développe une tumeur bronchique primitive.

Sur le plan physiopathologique, le déterminisme de ces accès dyspnéiques de type asthmatique n'est pas univoque ; si la gêne ventilatoire peut s'expliquer par l'obstruction mécanique provoquée par le développement d'une tumeur dans les conduits aériens proximaux, et notamment au niveau de la trachée ou des bronches souches, ce mécanisme ne suffit pas pour rendre compte d'une dyspnée en rapport avec une tumeur bronchique au début et de faible volume.

Il semblerait alors que la tumeur joue le rôle d'une épine irritative locale, facteur déclenchant d'un broncho-spasme généralisé.

Dans le cas particulier d'une tumeur carcinoïde bronchique, le bronchospasme pourrait être déterminé par la libération de 5-HYDROXYTRYPTAMINE.

Signalons enfin que ces dyspnées asthmatiformes qui inaugurent, parfois, le tableau clinique des tumeurs primitives trachéo-bronchiques, peuvent également se rencontrer dans le cadre :

- des dyskinésies trachéo-bronchiques
- des corps étrangers des voies aériennes,
- des sténoses trachéo-bronchiques par tumeur médiastinale compressive,
- des cancers métastatiques trachéo-bronchiques.

B I B L I O G R A P H I E

I) - D'ARCHANGELO et MORGAGNI : Contribution clinique sur l'Adénome bronchique.
"Les Bronches", I954.

2) - BOUTEILLE M., ABELANET R., et DELARUE J. : Etude au microscope électronique des caractères de sécrétion dans les carcinoïdes bronchiques
"Ann. Anat. Path." I964, 9,389

3) - BURI P. : A propos d'une sténose symétrique due à un carcinome du carrefour trachéal, se traduisant par un asthme bronchique.
"Journal Suisse Médical" I957, 645

4) - CHARPIN et BOUTIN C. : La maladie asthmatique.
"La Revue du Praticien" Mars I969, 8, I037-I048

5) - CHAUVET et AL. : Les tumeurs primitives de la trachée : leur aspect clinique, fonctionnel et radiologique.
"Journal Suisse Médical I966, 96, I409-I4II

6) - CRINQUETTE J. SAOUT J. et BOUCHEZ J. : A propos d'une forme exceptionnelle de tumeur bénigne de la bronche
"Journal des Sciences Médicales de LILLE Janvier I968 86, n° I, I9, 24,

7) - CRUCIANI J.A. et COLL. : Epithéliome bronchique avec syndrome asthmatiforme
"Semana Med" I3 Juin 40, I453, I455

8) - DAHL S. : Bronchopathie avec symptômes asthmatiques à la suite d'une sténose partielle : Asthme bronchique non allergique
"Acta Tub. Pneumol. Scand. I963 suppl. 57, 7-87

9) - DEPIERRE R. : Tumeurs bronchiques curables. Tumeurs dites mixtes. Tumeurs bénignes
"Thèse Paris I94I"

I0) - DEPIERRE R. : Les carcinoïdes bronchiques ont-ils enfin leur dénomination exacte ?
"La Gazette Méd. de France I968, 29, 75, 5725 - 5736

II) - DRENNAN J.M. et DOUGLAS A.C. : Papillome solitaire d'une bronche
"J. Clin. Path." I965, I8, 40I-402

I2) - ENGDTROM L. : Bronchial obstruction in asthmatic children
"Cesk. Pedia. I965, 20 ; 202-206

I3) - ESCHAPASSE H. MATHEY J. VADHAT F. :"Le poumon et le Coeur" I960, Tome XVI n° 2, P. I50

I4) - GALY P., BRUNE J., MEREAID P., MORGON A., CHARAGON F. et TERNAMIAN J. : Le diagnostic des tumeurs endotrachéales primitives en pratique pneumogique. A propos de 6 observations "Revue Lyonnaise de Médecine", , , , Av. I965 , I4, 3I0, 320

I5) - GRILLAT J.P., THEVENIN F., MULLER M. et DEJARDIN J. Grand mal asthmatique néoplasme bronchique "Ann. Méd. de Nancy" Av. I968, 7, 544-546

I6) - GRIMAUD R. et al.: Un volumineux chondrome laryngo-trachéal dyspnéisant. "Ann. Otolaryng." Paris I965, 82, I47-I5I

I7) - HOFER D. : Syndromes de dyspnées sibilantes pseudo-asthmatiques dus à des sténoses organiques trachéo-bronchiques "Thèse Marseille I966"

I8) - JIMENEZ DIAZ C. et al. : Bronchial obstruction and others factors in the asthmatic reaction." Bull. Inst. Med. Res., I96I, I4, 58, 67

I9) - KALLQUIST I., CARLENS E. : Endobronchial chondrom as an trigger mecanism in asthma. Report of a case, with endobronchial extirpation of chondrom "Dis. Chest." I962, 4I, 46-48

20) - LE BRIGAND et coll.: A propos d'un cylindrome trachéal
"Le Poumon et le Coeur" I6, I33-I38, Fév. I960

2I) - LEGGERI A., FEGIZ G. et LANZA P. : Les tumeurs primitives de la trachée. A propos de 7 observations.
"Archivio di Chirurgica del torace" I964, I8, n° I, I3-55

22) - LE MAREC C. : A propos des dyspnées révélatrices des tumeurs trachéo-bronchiques primitives
Thèse Paris I96I, 632

23) - MIDLTON Jr et Al. : The anatomical and biochemical basis of bronchial obstruction in asthma
"Ann. Int. Med." I965, 63, 4, 695-7I4

24) - MOORE M.W. : Cancer du poumon avec symptômes asthmatiques
"Ann. Allergy" Ju. Août I945, 3, 27I-276

25) - PARIENTE R., EVEN P., BROUET : Etude ultra-structurale des carcinoïdes bronchiques
"Pr. Méd." I967, n° 4, I83 et n° 5, 22I

26) - PRICKMAN L.E. : Asthme et cancer primitif des bronches
"J. Allergy, " Mars I942, I3, 26I-270

27) - REYNOLDS J.S. : Asthme associé à une papillomatose trachéo-bronchique
"Ann. of Allergy" Jui. I967, 25, n° 7, 397

28) - RULLIERE R. : Carcinomes bronchiques primitifs usuels
"E.M.C." Poumon" Fasc. 6022 A IO ; 5-I968

29) - RULLIERE R. : Carcinome de la trachée
"E.M.C. Poumon" fasc. 6022 E IO, 5-68

30) - SAGON J.I. et RODRIGUEZ J.A. : Syndrome bronchique du type asthmatique par adénome de la trachée
"Prensa Méd. argent" I2 sept. I952, 39, n° 37 2I8-2I88

3I) - SHINOI K. et SHIRAISHI Y. : Amyloid tumor of the trachea and lung, ressembling bronchial asthma
Dis. Chest. Oct. I962, 42, 442-445

32) - SPINKA J. et ZWETSCHKE O. : Tracheal lipoma stimulating the picture of severe bronchial asthma
"Cas. Lek. Cesk." 30 mars I962, IOI, 395-398

33) SORS Ch., CHAMBATTE Ch., ROUJEAU J. : Les tumeurs dites mixtes des bronches.
"Journées de Pneumo de l'Hôp. Laennec" 7 et 8 Mai I964 in : "Revue de tub. et de pneumo. 29, n° I, 5, 22, I965

34) - TCHEDOMIR J. et STEFANOVITCH P. : Les tumeurs primitives de la trachée.
"Journal de Médecine de Bordeaux" Oct. I965, I42, I623-I627

35) - X... Journées de Lille de la Société de Chirurgie Thoracique I959

36) - X... IOe Congrès Européen de l'Association Internationale pour l'étude des bronches. Lyon I960

37) - VERLEY J.M. et KOURILSKY F. : Etude au microscope électronique des tumeurs carcinoïdes des bronches
"J. Fr. Méd. Chirur. Thor." I965, n° I, 35

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION I

CHAPITRE PREMIER - Observations personnelles 5

Observation n° I 6

Observation n° 2 . . . . . I3

CHAPITRE II - Les tumeurs primitives trachéo-bronchiques à début pseudo-asthmatique dans la littérature . . . I7

1) - A propos des tumeurs trachéales primitives à début pseudo asthmatique I9

2) - A propos des tumeurs bronchiques primitives à début pseudo asthmatique 24

CHAPITRE III - Commentaires. 30

1) - Fréquence des syndromes asthmatiformes dans les manifestations de début des tumeurs primitives trachéo-bronchiques 30

2) - Critères du diagnostic différentiel avec l'asthme 3I

3) - Conduite à tenir 34

4) - Cas particulier : asthme authentique et tumeur primitive trachéo-bronchique . . . 36

5) - Mécanisme de la dyspnée asthmatiforme dans les tumeurs primitives trachéo-bronchiques 37

CONCLUSION 40

BIBLIOGRAPHIE 44

Vu et permis d'imprimer

TOULOUSE, le 25 . 8 . I970

Le Doyen

Professeur G. LAZORTHES